

**ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНО–ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ  
ПО ПЕРФЕТТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО–МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА  
ПОЗДНЕМ ВОСТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

*Д.А. Сай, 4 курс*

*Научный руководитель – Е.Е. Лебедь–Великанова, старший преподаватель  
Полесский государственный университет*

**Черепно–мозговая травма** – механическое повреждение черепа и (или) внутричерепных образований (головного мозга, мозговых оболочек, сосудов, черепных нервов). Составляет 25–30% всех травм, а среди летальных исходов при травмах ее удельный вес достигает 50–60%. Как причина смертности лиц молодого и среднего возраста черепно–мозговая травма опережает сердечнo–сосудистые и онкологические заболевания [4, с. 95].

По мнению М.Г. Григорьева, черепно–мозговую травма преимущественно получает наиболее активный и важный в социальном и трудовом отношении контингент населения — лица до 50 лет. Среди причин черепно–мозговой травмы доминируют транспортный (главным образом автодорожный), бытовой и производственный травматизм [2, с. 124].

По распространенности черепно–мозговая травма занимает первое место среди всех заболеваний головного мозга. Частота черепно–мозговой травмы составляет от 180 до 220 случаев на 100 000 населения в год, при этом 75 – 80% больных получают легкую черепно–мозговую травму (сотрясение головного мозга), а оставшиеся 25 – 30%, приблизительно пополам распределяются между средней и тяжелой ЧМТ [3]. Летальность среди всех больных с ЧМТ составляет 7 – 12%, а у больных с тяжелой ЧМТ послеоперационная летальность составляет 28 – 32%. Средний возраст большинства пострадавших 20 – 30 лет, при этом мужчин в 2,5 – 3 раза больше чем женщин. До 70% пострадавших с ЧМТ имеют положительные цифры алкоголя в крови. Посттравматические эпилептические припадки наблюдаются примерно у 2% больных с черепно–мозговыми травмами, у 12% больных с тяжелой черепно–мозговой травмой, и более чем в 50% случаев проникающей черепно–мозговой травмы [1, с. 55].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, частота черепно–мозговой травмы ежегодно увеличивается на 2%, при этом отмечается нарастание частоты более тяжелых видов повреждений, что связано с развитием техники, прежде всего средств передвижения, увеличением количества автомашин, урбанизацией населения [6, с. 96].

***Основными эрготерапевтическими мероприятиями при ЧМТ являются:***

1) **ADL–тренинг** направлен на выработку навыков бытового самообслуживания, т.к. освоив их больные больше не зависят от посторонней помощи и могут активно приспосабливаться к различным жизненным ситуациям:

- личная сфера (одевание, гигиена тела, еда, питье);
- сфера бытовой практической деятельности (тренировка ведения домашнего хозяйства, тренировка поведения себя в городе);
- индивидуальное обеспечение техническими и вспомогательными средствами (коммуникативные вспомогательные средства, контрольно–измерительная аппаратура внешних воздействий);
- выяснение бытовой обстановки (визит домой, консультация, обучение в отношении домашних условий, обеспечение вспомогательными средствами);
- консультация, обучение семьи.

2) **Тренировка мелкой моторики** включает много аспектов: рисование пальцем на подносе/зеркале с крупой / желе / кремом для бритья; нанизывание прищепок на веревки / края тарелок; «Посыпание» – песком, сахаром, манкой; переливание воды из одного сосуда в другой; пересыпание сыпучих предметов (круп) из одного сосуда в другой – примерно с полутора лет; игра с водой и мягкой губкой; вытаскивание нити из ткани; рисование; лепка из пластилина/теста; работа с природным материалом (шишки, желуди, листья и т.п.), мелкими предметами (пуговицами, стразами, ракушками) – приклеивание сначала с помощью пластилина, с более старшими детьми – с помощью клея). Вылавливание мелкой игрушки из ванны с помощью ложки, ковшика; вышивание (сначала по пластиковым сеткам); нанизывание (бус, пуговиц) [5, с. 57].

3) **Когнитивно–терапевтические упражнения по Перфетти.** Методика направлена на восстановление верхней конечности – мелкой моторики. Каждое действие верхней конечностью проходит 3 последовательные фазы:

1. Приближение к предмету,
2. Соприкосновение
3. Захват и удержание.

4) **Терапия занятостью** включает:

1) **Песочная терапия** дает человеку возможность прикоснуться к своему глубинному подлинному "Я", выразить себя, признаться себе в чем-то очень важном, трепетном.

2) **Лепка** является одним из видов художественного творчества. На занятиях по лепке дети учатся лепить из пластилина, глины, теста доступные формы. Готовые изделия могут быть плоскостными и объёмными.

**Целью** работы является восстановление пациентов после черепно–мозговой травмы с помощью когнитивно–терапевтических упражнений по Перфетти.

Опытно–экспериментальная работа проводилась на базе санатория «Алеся» с 8 февраля по 28 марта 2016 года. Осуществлялась она в три этапа, на каждом из которых определялись конкретные задачи.

**На первом этапе** проводился анализ научно–методической литературы по проблеме черепно–мозговой травмы. Определены цели, задачи и гипотеза самого исследования.

**На втором этапе** исследования были сформированы две группы: контрольная и экспериментальная, по 10 человек в каждой. Возраст исследуемых от 20 до 32 лет.

Проведена шкала исходов черепно–мозговой травмы НИИ им. Н.Н. Бурденко, с помощью которой мы установили, что у 3 человек (30%) выявлена легкая астения, у 5 (50%) – умеренная астения, у 2 (20%) – грубая астения. Набор оценок Глазго был задуман как экспресс–тест для оценки последствий ЧМТ – от жалоб и личностных изменений до нарушения бытовой активности и трудоспособности [7, с. 327].

Затем мы индивидуально выбрали комплекс упражнений по Перфетти, так же мы использовали терапию занятостью, ADL–тренинг, тренировку мелкой моторикой, по которой занималась экспериментальная группа, а контрольная по программе санатория «Алеся»: работа с инструктором (24 занятия, совместно с музыкальным сопровождением), физическая культура (игры в спортивном зале 24 занятия), педагогическо–воспитательная работа (ежедневно, объяснение детям различных предметов и обучение общению как со сверстниками так и с взрослыми).

**На третьем этапе** проведен анализ экспериментальной работы. Осуществлялся контроль показателей, который проводился 2 раза: в начале и в конце исследования. Уточнялись полученные выводы, проводился анализ результатов. Все результаты, полученные в ходе проведения данного исследования, сравнивались с результатами контрольной группы. Разработанная нами программа позволила улучшить показатели по шкале исходов черепно–мозговой травмы НИИ им. Н.Н. Бурденко. После повторного проведения результаты следующие: у 4 человек (40%) – легкая степень, у 6 – умеренная (60%). У пациентов наблюдалось улучшение показателей в сфере самообслуживания.

**Выводы:** Показатели, полученные при повторном проведении шкалы показывают, что проведенные мероприятия позволяют улучшить состояние пациентов, имеют положительный эффект на эмоциональную сферу, а также наблюдаются улучшения в двигательной активности пациентов. Составленная нами программа восстановления пациентов после ЧМТ с помощью когнитивно–терапевтических упражнений по Перфетти оказалась отличительной от программы санатория своими мероприятиями, упражнениями, методами проведения, что позволило вызвать интерес у пациентов, а тем самым добиться положительных результатов.

### **Список использованных источников**

1. Актуальные вопросы нейротравматологии / под ред. А.Н. Коновалова, М., 1988.— 55 с.
2. Григорьев, М.Г. Сочетанная черепно—мозговая травма / М.Г. Григорьев — Горький, 1977.—124 с.
3. Корниенко, В.Н. Компьютерная томография в диагностике черепно—мозговой травмы / В.Н. Корниенко, Н.Я. Васин, В.А. Кузьменко М., 1987.— 87 с.
4. Лебедев, В.В. Рентгенодиагностика травматических повреждений черепа и головного мозга / В.В. Лебедев — М., 1973.— 95 с.
5. Петровский, Б.В. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Б.В. Петровский — М.: Советская энциклопедия. — 1982—1984.
6. Покровский, В.И. Малая медицинская энциклопедия / В.И. Покровский — М.: Медицинская энциклопедия. 1991—96 с.
7. Шевляков, В.В. Медицинская психология / В.В. Шевляков. — 2—е издание, Минск, 2007.— 324 —327 с.